Beuth Praxis

Ambulante Pflege

Anleitung zur Zertifizierung für Pflegedienste nach DIN EN ISO 9001

Bearbeitet von
Johann Hamdorf, Hans Lautenschlager

1. Auflage 2017. Buch inkl. Online-Nutzung. 200 S. Softcover
ISBN 978 3 410 24457 8
Format (B x L): 14,8 x 21 cm

Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Pflegeforschung, Management

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Johann Hamdorf | Hans Lautenschlager

Ambulante Pflege

Anleitung zur Zertifizierung für Pflegedienste nach DIN EN ISO 9001

Beuth

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 1

Einleitung 2

Abkürzungsverzeichnis, Glossar 7

Begriffe 9

Kapitel 1 Qualitätsmanagementsystem 15
1. Unternehmenskonzept 15
2. Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege 29
3. Allgemeine Anforderungen 34

Kapitel 2 Verantwortung der Leitung 35
1. Verpflichtung der Leitung 35
2. Qualitätspolitik 36
3. Qualitätsziele 37
4. Planung 38
5. Fachliche Auskunft bei Zertifikatsprüfungen 39
6. Organigramm Geschäftsführung 40
7. Organigramm Vertretung GF, FBL, BL, Rufbereitschaft 41
8. Organigramm Vertretung Verwaltung 42
9. Beauftragter der obersten Leitung 43
10. Kommunikationsstruktur 44

Kapitel 3 Management von Ressourcen 45

I Arbeitsschutzgesetz – Konzept/Verfahrensanweisungen 47
1. Arbeitsschutzgesetz – Arbeitssicherheit 47
2. Arbeitssicherheit – Beförderung von Patienten 57
3. Arbeitssicherheit – Entfernung von kontaminiertem Müll 58
4. Arbeitssicherheit – Gesundes Arbeiten am PC 59
5. Arbeitssicherheit – Verhalten bei Schnitt- und Stichverletzungen 61
6. Arbeitssicherheit – Auszug: Gesetz zur arbeitsmedizinischen Versorgung 63
7. Arbeitsumgebung Medizinprodukte – Pflegehilfsmittel 69
8. Ersteinweisung neuer Mitarbeiter in Arbeitssicherheit/Brandschutz .. 73
9. Arbeitssicherheit – Tragen von persönlicher Schutzausrüstung 77
10. Arbeitssicherheit – Umgang mit Sauerstoff 79
11. Arbeitssicherheit – Arbeitsmedizinische Vorsorge 81
12. Arbeitssicherheit – Inhaltsverzeichnis Verfahrensanweisungen 82
13. Arbeitssicherheit – Impfungen 83
14. Brandschutz – Rettungsreihenfolge im Brandfall 84

II Datenschutz 85
1. Konzept zum Datenschutz 85

III Einarbeitung 90
1. Einarbeitung neuer Mitarbeiter 90

IV Hausnotrufkonzept ... 97
1. Hausnotruf ... 97
2. Konzept Hausnotrufeinrichtung – Alarmierung Notruf ... 98
3. Hausnotruf ambulant PD ... 99

V Hygiene ... 100
1. Hygienekonzept ... 100
2. § 6 IfSG – Anlage Hygiene ... 125
3. Inhaltsverzeichnis – Verfahrensanweisungen Hygiene ... 127
4. Händehygiene – Verfahrensanweisung ... 128
5. Umgang bei mit MRSA infizierten Patienten ... 129
6. Entsorgung von kontaminiertem Müll ... 131
7. Umgang bei mit Hepatitis A infizierten Patienten ... 132
8. Umgang bei mit Hepatitis B infizierten Patienten ... 134
9. Umgang bei mit Hepatitis C infizierten Patienten ... 136
10. Umgang bei mit dem Noro-Virus infizierten Patienten ... 138
11. Umgang bei Infektion durch ESBL produzierende Bakterien ... 141
12. Umgang bei Clostridium-difficile-Erkrankung ... 143
13. Reinigungs- und Desinfektionsplan ... 145
14. Prävention der nosokomialen Pneumonie ... 149

VI Kraftfahrzeug ... 152
1. Einleitung ... 152
2. Hinweis zur Versicherung des Tourenautos ... 153
3. Dienstfahrzeuge; Autopflege und Tanken ... 154

VII MPG ... 155
1. Umgang mit Medizinprodukten – Konzept ... 155
2. MPG – Inhaltsverzeichnis Verfahrensanweisungen ... 169
3. MPG – 10-Punkte-Programm der Einweisungsleitlinien ... 170
4. MPG – Umgang mit Sauerstoff ... 172
5. MPG – Durchführung einer Geräteregistrierung ... 175
6. MPG – Anschluss externer Akkus ... 177
7. Akkupflege Blei-Gel ... 178
8. MPG – Verlegung/Transport mit med. Geräten ... 180
9. MPG – Umgang mit Medizinprodukten bei Beinahevorkommnissen . 181
10. MPG – Umgang mit Medizinprodukten bei Vorkommnissen ... 182
11. MPG – Durchführung einer Einweisung „Beatmungsgerät“ ... 184

VIII Stellenbeschreibungen ... 186
1. Einleitung ... 186
2. Stellenbeschreibung – Pflegefachkraft ... 188
3. Stellenbeschreibung – Pflegedienst ... 190
4. Stellenbeschreibung – Pflegehilfskraft ... 192
5. Stellenbeschreibung – Stellvertretende Pflegedienstleitung ... 194

Kapitel 4 Realisierung der Dienstleistung ... 195

I Realisierung der Dienstleistung ... 197
1. Pflegekonzept nach *M. Krohwinkel* ... 197
2. Planung der Dienstleistung ... 203
3. Umgang mit der Pflegedokumentation ... 204

4. Ärztliche Versorgung häuslicher Krankenpflege 217
5. Verfahrensanweisung Klientenaufnahme/Erstkontakt 217
6. Verfahrensanweisung Klientenaufnahme 219
7. Dienstanweisung: Rückmeldung aus dem Urlaub oder aus Krankheit 220
8. Erhebungsstruktur: Regelmäßigkeit von Risikoeinschätzungen 221

II Verfahrensanweisungen Grundpflege 222
1. Inhaltsverzeichnis Grundpflege 222
2. Hilfe beim An- und Auskleiden 223
3. Augenpflege 224
4. Wechseln der Bettwäsche, Klient liegt im Bett 225
5. Duschen 226
6. Ganzkörperwäsche im Bett 227
7. Haarwäsche am Waschbecken 229
8. Haarwäsche im Bett 230
9. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme 231
10. Inkontinenzversorgung 232
11. Mobilisation und Transfer 233
12. Nagelpflege 234
13. Nagelpflege 2 235
14. Nasenpflege 236
15. Nassrasur 237
16. Ohrenpflege 238
17. Prothesenpflege 239
18. Reinigungsbad 240
19. Verabreichung von Sondenkost 241

III Verfahrensanweisungen allgemeine Pflege 242
1. Inhaltsverzeichnis allgemeine Pflege 242
2. Aspirationsprophylaxe bei tracheostomierten Patienten 243
3. Soor- und Parotitisprophylaxe 244
4. Thromboseprophylaxe 245
5. Obstipationsprophylaxe 246
6. Dekubitusprophylaxe mit Fingerdruck 247
7. Kontrakturenprophylaxe 249
8. Intertrigoprophylaxe 250
9. Sturzprophylaxe 252
10. Häufigste Sturzrisikofaktoren 254
11. Blutdruckkontrolle 256
12. Harnwegsinfekt-Prophylaxe 257
13. Blutzuckerkontrolle 258
14. Flüssigkeitsregulierung 259
15. Regulierung der Körpertemperatur 260
16. Wadenwickel 262
17. Überwachung der Herz-Kreislauf-Situation 263
18. Schmerzbeobachtung 264
19. Atemstimulierendes Einreiben 265
20. Heiße Rolle 267

21. Kältereizfördernde Maßnahmen, Beispiel: Atemunterstützende Lagerung ... 268
22. Manuelles Abklopfen/Abvibrieren ... 269
23. Berechnung des Body-Maß-Index (BMI) ... 270
24. Stomaversorgung bei Anus praeter ... 271
25. Erstellung der Pflegeplanung ... 272
26. Therapeutische Lagerungen ... 273
27. Maßnahmen bei Notfällen ... 275
28. Ernährung nach Expertenstandard DNQP ... 276
29. Auszug Expertenstandard „Chronische Wunden“ ... 280
30. Pneunomieprophylaxe ... 283

IV Konzepte Pflege ... 284
1. Inhalt Pflegeleitbild ... 284
2. Umgang mit der Pflegedokumentation ... 289
3. Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen ... 303
4. Förderung der Harnkontinenz ... 316
5. Pflegeplanung bei chronischen Wunden, Umgang mit Gefährdung – Chronische Wunden ... 320
6. Dekubitusmanagement ... 323
7. Umgang mit Demenz ... 328
8. Ernährung nach Expertenstandard DNQP ... 330

V Verfahrensanweisungen Behandlungspflege ... 334
1. Inhaltsverzeichnis Behandlungspflege ... 334
2. (A)septischer Verbandwechsel ... 335
3. Aseptischer Wundverband ... 337
4. Legen eines transurethralen Dauerkatheters bei einer Frau ... 339
5. Legen eines transurethralen Dauerkatheters bei einem Mann ... 340
6. Kathederpflege BDK – 1 ... 341
7. Kathederpflege BDK – 2 ... 342
8. Kathederpflege (Suprapubisch/Pufi) ... 343
9. Aufbewahrung von Dokumenten ... 344
10. Vorbereiten und Verabreichen von Medikamenten/Generika ... 345
11. Verabreichung von Sondenkost ... 348
12. Verbandwechsel bei PEG und PEG-J ... 349
13. Befreiung der Atemwege von Sekretstau ... 351
14. Verabreichen von Sauerstoff ... 353
15. Verbandwechsel – Venenverweilkanüle ... 354
16. Schmerzmanagement ... 355
17. Durchführung einer Arztvisite ... 357
18. Umgang mit Betäubungsmitteln ... 358

VI Verfahrensanweisungen spezielle Pflege ... 359
1. Inhaltsverzeichnis spezielle Pflege ... 359
2. Punktieren eines Portkatheters ... 360
3. Portverbandwechsel ... 362
4. Verabreichen von Injektionen ... 364
5. Intravenöse Injektionen ... 366

6. Mehrfachentnahme von Medikamenten und Injektionslösungen aus Stechampullen ... 368
7. Durchführung der Reanimation ... 370
8. Verhalten in Notfallsituationen ... 372
9. Umgang mit Ernährungssonden: Sondenkost ... 373

VII Verfahrensanweisungen sonstige Pflege ... 379
1. Sonstige Pflege – Eine Einleitung ... 379
2. Inhaltsverzeichnis sonstige Pflege ... 380
3. Begleitung des Patienten außer Haus ... 381
4. Freiheitsentziehende Maßnahmen ... 382
5. Telefonische Arztanordnung ... 384
6. Verhalten nach Feststellen des Patiententods durch den Arzt ... 385
7. Patientenaufnahme ... 386
8. Besorgung von Medikamenten ... 387

VIII Schlüsselwesen ... 388
1. Schlüsselwesen – Eine Einleitung ... 388
2. Inhaltsverzeichnis Schlüsselwesen ... 389
3. Umgang mit Schlüsselentnahmeprotokoll ... 390
4. Umgang mit Schlüsseln ... 391
5. Umgang mit dem Schlüsselübergabeprotokoll für die einzelnen Touren ... 392
6. Erstellung eines Schlüsselvertrags ... 393
7. Umgang mit Patientenschlüsseln ... 394

Kapitel 5 Messung, Analyse und Verbesserung ... 395
1. Datenermittlung und Auswertung ... 395
2. Durchführung einer Mitarbeiterbefragung ... 396
3. Durchführung eines Hygieneaudits ... 397
4. Überwachung und Messung von Prozessen ... 398
5. Durchführung einer Pflegevisite ... 399
6. Umgang mit fehlerhaften Produkten/Dienstleistungen ... 400
7. Beschwerdemanagement – Konzept ... 403
8. Umgang mit Beschwerden ... 412
9. Feedbackmanagement – Interne Beschwerden ... 414
10. Ständige Verbesserung ... 415
11. PDCA-Zyklus am Beispiel „Verbesserung Verfahrensanweisungen“ . 416
12. Korrekturmaßnahmen nach aufgetretenen Fehlern ... 417
13. Durchführung von Vorbeugemaßnahmen ... 418

Vorwort

Für viele pflegebedürftige Menschen stellt sich die Frage: „Heim oder Daheim?“ Um aus der heimischen Umgebung nicht herausgerissen zu werden, entscheidet sich der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen für eine Betreuung zu Hause. 2,6 Millionen Pflegebedürftige gab es im Jahr 2013 insgesamt, davon wurden

- 1,86 Millionen (71 %) zu Hause versorgt, davon wiederum
  - 1,25 Millionen durch Angehörige,
  - 616 000 zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste durch 12 700 Pflegedienste mit 320 000 Beschäftigten;
- 764 000 (29 %) in Heimen vollstationär in 13 000 Pflegeheimen mit 685 000 Beschäftigten.

Von den 2,6 Millionen Pflegebedürftigen wies ein Drittel (919 000 bzw. 35 %) auch eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf. Glaubt man der Statistik, so erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen jährlich um ca. 2 bis 3 %. Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste wird sich demnach sukzessive erhöhen oder vergrößern.

Entsprechend sollen die Pflegedienstleistungen nach einheitlichen Richtlinien erfolgen. Basis ist das Sozialgesetzbuch, zusätzlich sind noch weitere Gesetze und Verordnungen zu beachten. Um diesen gerecht zu werden, kann sich der ambulante Pflegedienst nach DIN EN ISO 9001:2008 bzw. ISO 9001:2015 und DIN EN ISO 15224 zertifizieren lassen. Dieses Buch aus der Reihe „Beuth Praxis“ gibt eine Anleitung mit dem Umgang der Normen. Die Inhalte aus dem QM-Handbuch entsprechen einem mehrfach zertifizierten Praxisbetrieb der ambulanten Pflege und Intensivpflege. Alle Arbeitsanweisungen entstammen aus dem Praxisbetrieb und sind mehrfach z. B. vom MDK überprüft. Die Anwender können die Vorlagen zu einem eigenen QM-Handbuch nutzen.

Einleitung

Der offizielle Titel der Norm lautet: „Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008; Deutsche Fassung EN ISO 15224:2012." Die Norm versteht sich als eigenständige Norm, die als Grundlage für eine Zertifizierung im Gesundheitswesen angewendet werden kann. Die Norm hat folgende Inhalte:

1. Anwendungsbereich
2. Normative Verweisungen
3. Begriffe
4. Qualitätsmanagementsysteme
5. Verantwortung der Leitung
6. Management von Ressourcen
7. Realisierung des Produktes
8. Messung, Analyse und Verbesserung

Anhang A (informativ) Zusammenhang zwischen ISO 9001:2008 und EN 15224

Anhang B (informativ) Praktische Anleitung zur Umsetzung dieser Norm in Organisationen der Gesundheitsversorgung

mit entsprechenden Unterkapiteln. Sie ist eine europäische Norm, erkennbar durch die Bezeichnung EN ISO.

Die Anforderungen in dieser Norm enthalten diejenigen von EN ISO 9001:2008 mit zusätzlichen Auslegungen und Spezifizierungen für die Gesundheitsversorgung. Die Anforderungen wurden in Übereinstimmung mit dem spezifischen Kontext der Gesundheitsversorgung aufgenommen. Verdeutlicht im Original durch blauen und kursiven zusätzlichen Text mit Bezug zu Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Beispiel (hier kursiv und unterstrichen):

> 4.2.2 Qualitätsmanagementhandbuch
>
> ...
>
> b) die für das Qualitätsmanagementsystem erstellten dokumentierten Verfahren, *einschließlich der dokumentierten Verfahren für das klinische Prozessmanagement und das Management klinischer Risiken* oder Verweise darauf, und
>
> ...

Aus der Norm EN ISO 9000:2005 wurden folgende Grundsätze des Qualitätsmanagements übernommen:

- **Kundenorientierung**

  Organisationen hängen von ihren Kunden ab und sollten daher gegenwärtige und zukünftige Erfordernisse der Kunden verstehen, deren Anforderungen erfüllen und danach streben, deren Erwartungen zu übertreffen.

- **Führung**

  Führungskräfte schaffen die Übereinstimmung von Zweck und Ausrichtung der Organisation. Sie sollten das interne Umfeld schaffen und erhalten, in dem sich Personen voll und ganz für die Erreichung der Ziele der Organisation einsetzen können.

- **Einbeziehung des Personals**

  Auf allen Ebenen macht die Belegschaft das Wesen einer Organisation aus, und ihre vollständige Einbeziehung ermöglicht, ihre Fähigkeiten zum Nutzen der Organisation einzusetzen.

- **Prozessorientierter Ansatz**

  Ein erwünschtes Ergebnis lässt sich effizienter erreichen, wenn Tätigkeiten und dazugehörige Ressourcen als Prozess geleitet und gelenkt werden.

- **Systemorientierter Managementansatz**

  Erkennen, Verstehen, Leiten und Lenken von miteinander in Wechselbeziehung stehenden Prozessen als System tragen zur Wirksamkeit und Effizienz der Organisation beim Erreichen ihrer Ziele bei.

- **Ständige Verbesserung**

  Die ständige Verbesserung der Gesamtleistung der Organisation sollte ein permanentes Ziel der Organisation sein.

- **Sachbezogene Herangehensweise an das Treffen von Entscheidungen**

  Wirksame Entscheidungen beruhen auf der Analyse von Daten und Informationen.

- **Lieferantenbeziehung von gegenseitigem Vorteil**

  Eine Organisation und ihre Lieferanten sind voneinander abhängig, und Beziehungen zum gegenseitigen Nutzen erhöhen die Wertschöpfungsfähigkeit beider Seiten.

Diese acht Grundsätze des Qualitätsmanagements bilden die Grundlage für die Normen zum Qualitätsmanagementsystem innerhalb der Familie der ISO-9000-Normen.

1 Qualitätsmerkmale

Qualitätsmerkmale müssen ermittelt und beschrieben werden, um die Qualität bei der Gesundheitsversorgung messbar und nachprüfbar zu gestalten. Damit dies gelingt, gibt die Norm vor, dass die Anforderungen der Patienten oder Kunden an die Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung hinsichtlich Effektivität, Sicherheit, Verfügbarkeit, zeitlicher Angemessenheit/Zugänglichkeit, Stetigkeit der Pflege, Achtung der Werte und Vorlieben von Patienten und Angemessenheit sowie Effizienzaspekte spezifiziert werden. Qualitätsmerkmale sind:

- angemessene, richtige Versorgung;
- Verfügbarkeit;
- Kontinuität der Versorgung;
- Wirksamkeit;
- Effizienz;
- Gleichheit;
- evidenzbasierte/wissensbasierte Versorgung;
- auf den Patienten, einschließlich der körperlichen, psychologischen und sozialen Unversehrtheit ausgerichtete Versorgung;
- Einbeziehung des Patienten;
- Patientensicherheit;
- Rechtzeitigkeit/Zugänglichkeit.

Die Organisation der Gesundheitsversorgung legt ihre Vorstellung/Verfahrensweise hinsichtlich der Qualität fest und ermittelt die Qualitätsmerkmale in Bezug auf ihr Umfeld/ihre Verhältnisse. Die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem in dieser Norm sind dementsprechend auf die Qualitätsmerkmale ausgerichtet.

Die Erwartungen des Patienten können nicht immer mit den fachlich begründeten Betreuungserfordernissen übereinstimmen. Es liegt in der Verantwortung der Organisation, unterstützend darauf einzuwirken und hier einen Ausgleich zu schaffen.

Alle Prozesse hinsichtlich der Patientenversorgung beruhen auf dem KVP-Prinzip (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess). Die Anwendung eines Systems von Prozessen innerhalb einer Organisation kann zusammen mit der Identifizierung und den Wechselwirkungen dieser Prozesse und deren Lenkung zum Erzeugen des gewünschten Ergebnisses als ein „prozessorientierter Ansatz“ bezeichnet werden (siehe Abb. 1).

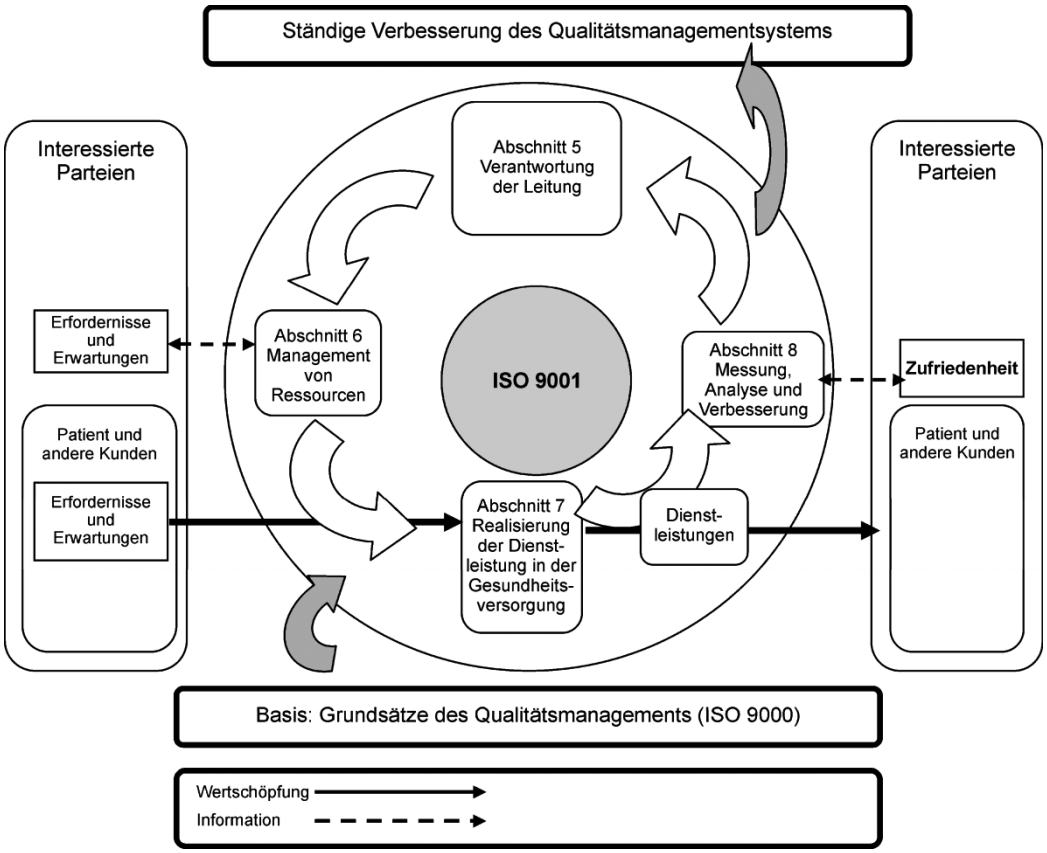

Abb. 1: Modell eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess wird in den Abschnitten 5 bis 8 (siehe Abb. 1) durchgehend angewendet. Der PDCA-Zyklus (Planung, Lenkung, Prüfung, Verbesserung) ist auf die Verbesserung der Prozesse der Organisation der Gesundheitsversorgung anwendbar.

2 Gestaltung

Die einzelnen Abschnitte werden, soweit sie nicht selbsterklärend sind, erläutert. Die folgenden Arbeitsanweisungen sind eins zu eins umsetzbar. Die Arbeitsanweisungen entsprechen der Ermittlung der Pflegenoten der MDKs, sofern eine Konformität besteht[1]. Nachfolgend die Prüfkriterien[2]:

Im ambulanten Bereich wird für vier Qualitätsbereiche jeweils eine Note vergeben, die aus den Einzelnoten der Bewertungskriterien gebildet werden. Für die Gesamtnote sind die Bereiche 1. bis 3. maßgeblich. Die Note Kundenzufriedenheit wird gesondert ausgewiesen.

- **Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)**
  1. Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
  2. Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
  3. Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
  4. Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
  5. Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten informiert?
  6. Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
  7. Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
  8. Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger bei erkennbaren Ernährungsdefiziten informiert?
  9. Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
  10. Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
  11. Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?
  12. Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
  13. Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
  14. Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?
  15. Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?
  16. Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?
  17. Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
- **Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (10 Kriterien)**
  1. Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
  2. Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?

1 Die Verfasser übernehmen keine Gewährleistung.

2 http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegenoten

3. Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
4. Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
5. Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet, und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
6. Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
7. Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?
8. Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
9. Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
10. Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?

- **Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation (10 Kriterien)**
  1. Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?
  2. Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?
  3. Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?
  4. Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?
  5. Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
  6. Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?
  7. Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?
  8. Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?
  9. Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?
  10. Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?
- **Befragung der Kunden (12 Kriterien)**
  1. Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?
  2. Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?
  3. Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?
  4. Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
  5. Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
  6. War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?
  7. Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
  8. Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?
  9. Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?
  10. Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?
  11. Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
  12. Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

Abkürzungsverzeichnis, Glossar

¼-jährlich	3 Monate
½-jährlich	6 Monate
ABAS	Ausschuss für Biologische Arbeitssicherheit
ABS	Arbeiter-Samariter-Bund
Abs.	Absatz
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
AK	Arbeitskreis
amb.	ambulant
AMV/AZV	Atemminutenvolumen/Atemzugvolumen
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ärztl.	ärztliche
ASA	Arbeitsschutzausschuss
Asi	Arbeitssicherheit
ASiB	Arbeitssicherheitsbeauftragte(r)
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
ASR	Arbeitsstättenrichtlinie
b. Bed.	bei Bedarf
BDK	Blasendauerkatheter
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
bezügl.	bezüglich
BGB	Bundesgesetzbuch
BGI (133)	Berufsgenossenschaftliche Information (133)
BGI (509)	Berufsgenossenschaftliche Information (509)
BG-Regeln	Berufsgenossenschaftsregeln
BGV	Berufsgenossenschaftliche Vorschriften
BL	Bereichsleitung
BMI	Body-Maß-Index
BtM-Nachweis	Betäubungsmittel-Nachweis
BZ-Verlaufsprotokoll	Bilanz-Verlaufsprotokoll
BZ-Gerät	Blutzucker-Gerät
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CPR-Lasche	cardiopulmonale Reanimations-Lasche
CRP	Creatinin-reaktives Protein
d.	der
d. h.	das heißt
DA	Dienstanweisung
DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN	Deutsche Industrienorm
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DTA	Datenträgeraustausch
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EN	Europäische Norm
ESBL	Extended spectrum-β-Lactamase
et. al.	Et alteri
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
FASi	Fachkraft für Arbeitssicherheit
FBL	Fachbereichsleitung
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
gem.	gemäß
GF	Geschäftsführung
GfB	Geringfügig Beschäftigte
ggf.	gegebenenfalls
GS-Zeichen	Gütesiegel
HA	Hausarzt
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
Hinw.	Hinweis
HME	Hydro, Moused, Exchange
Hrsg.	Herausgeber
HUS	hämolytisch-urämisches Syndrom
HZ	Handzeichen
l	Liter
i. d. R.	in der Regel
i. m.	intramuskuläre Injektion
i. S. d.	im Sinne des
i. V. m.	in Verbindung mit
IfsG	Infektionsschutzgesetz
Info	Information
ISO	International Standard Organisation
IV	Inhaltsverzeichnis
JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe
Kap.	Kapitel
KfB	Kurzfristig Beschäftigte (Aushilfen)
Kfz	Kraftfahrzeug
KG	Krankengymnastik
KG, Ergo	Krankengymnastik, Ergotherapie
KH	Krankenhaus
KK	Krankenkasse
komm.	kommissarisch
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
lt.	laut
m.	mit

m	Meter
M. Krohwinkel	Monika Krohwinkel
M. Parkison	Morbus Parkinson
MA	Mitarbeiter
max.	maximal
MDK	medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med.Prod.Buch	Medizinproduktebuch
MHD	Malteser Hilfsdienst
min	Minute
mind.	mindestens
monatl.	monatlich
MP	Medizinprodukte
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung
MPG	Medizinproduktegesetz
MPSV	Medizinprodukte-Sicherheits-Verordnung
MRSA	Methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*
MTK	messtechnische Kontrolle
NaCl-0,9%	Natriumchlorid
ND	Nachtdienst
Non-touch-Technik	keine Berührung mit bloßen Händen und unsterilen Instrumenten
NRS	numerische Rating-Skala
o.	oben
o. Ä.	oder Ähnliches
o. g.	oben genannt
oben re.	oben rechts
OP (Wunde)	Operationswunde
Pat.	Patient
PC	Personal Computer
PDL	Pflegedienstleitung
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PEJ/FKJ	Perkutan endoskopisch Jejunal
Personalw.	Personalwesen
PFK	Pflegefachkraft
PHK	Pflegehilfskraft
Pkw	Personenkraftwagen
PQsG	Pflegequalitätssicherungsgesetz
Prof. Dr. W. Haisch	Professor Doktor W. Haisch
PSA	persönliche Schutzausrüstung
Pufi	Punktionsfistel
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/r
QM	Qualitätsmanagement
QM-F	Qualitätsmanagement-Formularwesen
QM-H	Qualitätsmanagement-Handbuch
QS	Qualitätssicherung
QZ	Qualitätszirkel
RKI	Robert-Koch-Institut
RR-Gerät	Blutdruck-Gerät
s. c.	subkutane Injektion
s. o.	siehe oben
SaO_2	Sauerstoffsättigung
Sek.	Sekunden
SGB	Sozialgesetzbuch
SiB	Sicherheitsbeauftragter
sog.	sogenannt
Stck.	Stück
Std.	Stunden
stellv.	stellvertretend
STK	sicherheitstechnische Kontrolle
StVO	Straßenverkehrsordnung
SZ	Sozialnehmer
TB	Teambeauftragte(r)
TD	Tagdienst
Tel.-Nr.	Telefonnummer
Temp.	Temperatur
tgl.	täglich
TIA	transitorische ischämische Attacke
TK	Trachealkanüle
TRBA	Biostoffverordnung
u.	und
u. g.	unten genannt
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
UK	Unterkörper
usw.	und so weiter
UVV Betriebsärzte (VBG – 123)	Unfallverhütungsvorschrift, Verwaltungsberufsgenossenschaft
VA	Verfahrensanweisung
V-A-T-I	V-A-T-I-Lagerung
VAH	Vereinigung angewandter Hygiene
VRS	Verbale Rating-Skala
VW	Verbandwechsel
VW	Verwaltung
VZ	Vitalzeichen
W/Ö	Wasser/Öl
wöchentl.	wöchentlich
z.	zu
z. B.	zum Beispiel
zzt.	zurzeit
zuzügl.	zuzüglich
ZVK	zentraler Venenkatheter

Begriffe

Für die Anwendung dieses Dokuments gelten die Begriffe aus EN ISO 9000 [ISO Guide 73:2009], gemeinsam mit folgenden Begriffen. Spezifikationen zur Gesundheitsversorgung sind in Anmerkungen *(kursiv)* hinzugefügt.

Anforderung

Erfordernisse oder Erwartungen, die festgelegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend sind [EN ISO 9000:2005, 3.1.2]

ANMERKUNG 1 Qualitätsanforderungen in der Gesundheitsversorgung sind auf die Qualitätsmerkmale in der Gesundheitsversorgung bezogen.

ANMERKUNG 2 Während der Produktrealisierung in der Gesundheitsversorgung werden die Qualitätsanforderungen in Bezug auf die Qualitätsmerkmale, die in 7.2 angegeben sind, ermittelt.

ANMERKUNG 3 Erfordernisse an Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung: Die Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung, die der Patient nach dem Urteil eines Angehörigen der Gesundheitsberufe benötigt, hinsichtlich der Qualitätsmerkmale auf evidenzbasiertes Wissen einschließlich guter klinischer Praxis, bezogen auf die Qualitätsanforderungen in der Gesundheitsversorgung, gestützt.

ANMERKUNG 4 Erwartungen an Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung: Die Wirkung (Heilung oder Linderung) und die Verhaltensbehandlung, die der Patient, basierend auf dem Dialog mit der verantwortlichen medizinischen Fachperson, von der Organisation der Gesundheitsversorgung erwarten kann.

ANMERKUNG 5 Verpflichtende Anforderungen umfassen gesetzliche Verpflichtungen in der Gesundheitsversorgung einschließlich gesetzlicher Bestimmungen, Verordnungen und Gesetze, die die Gesundheitsversorgung betreffen.

Aufzeichnung

Dokument, das erreichte Ergebnisse angibt oder einen Nachweis ausgeführter Tätigkeiten bereitstellt [EN ISO 9000:2005, 3.7.6]

ANMERKUNG 1 Eine Gesundheitsakte ist ein Aufbewahrungsort für Informationen in Bezug auf die Gesundheit der Zielperson der Versorgung (EN ISO TR 20514:2005).

ANMERKUNG 2 In der Gesundheitsversorgung handelt es sich sowohl um Aufzeichnungen mit Informationen über einen einzelnen Patienten (Gesundheitsakte/Krankenakte) als auch um Aufzeichnungen, in denen zusammengetragene Informationen über Patienten/Kunden erfasst werden (z. B. Registern zu Qualitätsindikatoren, epidemiologische Daten).

ANMERKUNG 3 Sämtliche Informationen, die Auswirkungen auf die Behandlung eines Patienten haben, stehen in einer Gesundheitsakte zur Verfügung.

Beinahe-Unfall

Situation oder Ereignis mit dem Potenzial, einen unerwünschten Zwischenfall zu verursachen, zu dem es jedoch wegen der fehlenden Möglichkeit nicht kommt oder weil sie/es rechtzeitig verhindert wird
[EN 13940-1:2007]

ANMERKUNG Ein Beispiel für einen Beinahe-Unfall könnte ein Patient sein, dem ein falsches Arzneimittel oder Blutprodukt gegeben wird, dies jedoch bemerkt und vor dem Verabreichen gestoppt wird.

Belegschaft

Personal innerhalb einer Organisation der Gesundheitsversorgung

ANMERKUNG „Belegschaft" umfasst das Personal zur medizinischen Versorgung und weiteres Personal.

Fehler

Nichterfüllung einer Anforderung [EN ISO 9000:2005, 3.6.2]

ANMERKUNG 1 Ein Fehler in der Gesundheitsversorgung ist die Nichterfüllung einer Anforderung, die direkt oder indirekt mit einem beliebigen Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung verbunden ist [EN 13940-1:2007].

ANMERKUNG 2 Fehler schließt die Nichteinhaltung der Rechtsvorschriften ein.

ANMERKUNG 3 Beinahe-Unfälle, Ereignisse und unerwünschte Zwischenfälle sollten als Fehler behandelt werden.

interessierte Partei

Person oder Gruppe mit einem Interesse an der Leistung oder dem Erfolg einer Organisation
[EN ISO 9000:2005, 3.3.7]

ANMERKUNG 1 Eine interessierte Partei in der Gesundheitsversorgung ist eine Person oder Gruppe mit einem Interesse an den Dienstleistungen, die von einer Organisation für Gesundheitsversorgung angeboten werden.

ANMERKUNG 2 Der Begriff „Anspruchsträger" (en: Stakeholder) kann als ein Synonym für den Begriff

„interessierte Partei“ benutzt werden. Beispiele für Anspruchsträger sind Patienten, Verwandte, Personal, Bürger, Gesundheitsverwaltungen, Krankenversicherungen, Patientenorganisationen, Berufsorganisationen, Kommunalverwaltungen und Lieferanten.

ANMERKUNG 3 Verwandte oder Angehörige sind als interessierte Partei zu betrachten.

ANMERKUNG 4 In einigen spezifischen Situationen kann der Patient/die Patientin auf seine oder ihre gesetzlichen Vertreter verweisen.

klinisch

Kontext, in dem Patienten und Personal der Gesundheitsversorgung hinsichtlich eines Gesundheitsproblems aufeinander einwirken.

ANMERKUNG Der Begriff „klinisch“ wird ungeachtet des Typs der beteiligten Dienstleistung, Organisationen oder Ebene der Gesundheitsversorgung benutzt.

Kunde

Organisation oder Person, die ein Produkt empfängt [EN ISO 9000:2005, 3.3.5]

ANMERKUNG 1 Der Patient ist der Schlüsselkunde in der Gesundheitsversorgung.

ANMERKUNG 2 In der Gesundheitsversorgung sollten die Bürger in dem angeschlossenen Gebiet oder in der Zielgruppe als potenzielle Kunden in Betracht gezogen werden.

ANMERKUNG 3 Bestimmte interessierte Parteien werden unter bestimmten Umständen als Kunden angesehen, z. B. andere Kunden könnten andere Organisationen der Gesundheitsversorgung oder Abteilungen oder Bereiche der Organisation sein, die an den hergestellten Produkten oder Dienstleistungen mitgearbeitet haben. Es können auch Versicherungsgesellschaften, Kostenträger und Geldgeber sein, die Dienstleistungen der Organisation für Gesundheitsversorgung anfordern.

ANMERKUNG 4 Zu Verwandten und Angehörigen siehe Begriff der an der Gesundheitsversorgung „interessierten Partei“.

Kundenzufriedenheit

Wahrnehmung des Kunden zu dem Grad, in dem die Anforderungen des Kunden erfüllt worden sind [EN ISO 9000:2005, 3.1.4]

ANMERKUNG Die Patientenzufriedenheit auf Grundlage von Erfordernissen und Erwartungen stellt ein übergreifendes Ziel für eine Organisation dar. Der Patient ist nicht zu jedem Zeitpunkt in der Lage, sämtliche Aspekte der Ergebnisse von Prozessen in der Gesundheitsversorgung zu bewerten. Einige Aspekte der Dienstleistungen müssen durch medizinische Fachpersonen bewertet werden.

medizinische Fachperson

Personal zur medizinischen Versorgung mit einer fachbezogenen Berechtigung innerhalb eines festgelegten Zuständigkeitsbereichs

Organisation der Gesundheitsversorgung

Gruppe von Personen und Einrichtungen mit einem geordneten Gefüge von Verantwortungen, Befugnissen und Beziehungen [EN ISO 9000:2005, 3.3.1]

ANMERKUNG 1 Eine Organisation der Gesundheitsversorgung ist eine Organisation, die direkt an der Erbringung der Gesundheitsversorgung beteiligt ist [EN 13940-1:2007].

ANMERKUNG 2 Eine Organisation kann zum Beispiel eine Gruppe von Krankenhäusern, ein Krankenhaus, eine Abteilung, eine Einrichtung/Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, Pflegeheime sowie auch ein selbstständiger, allein praktizierender Angehöriger der Gesundheitsberufe sein.

Patient

Person, die die Zielperson der Versorgung ist

Personal zur medizinischen Versorgung

Personal, das direkt mit der Bereitstellung der medizinischen Versorgung befasst ist

Produkt

Ergebnis eines Prozesses [EN ISO 9000:2005, 3.4.2]

ANMERKUNG 1 EN ISO 9000:2005 definiert Produkt als „Ergebnis eines Prozesses“.

ANMERKUNG 2 Die Produkte der Gesundheitsversorgung sind als Ergebnis klinischer Prozesse häufig Dienstleistungen [EN 13940-1:2007].

ANMERKUNG 3 Ergebnis eines Prozesses der Gesundheitsversorgung kann auch ein Körperprodukt sein, z. B. Blut, Plasma.

Prozess

Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt [EN ISO 9000:2005, 3.4.1]

ANMERKUNG 1 Ein Prozess der Gesundheitsversorgung ist festgelegt als Prozess, in dem ein Patient und medizinische Fachpersonen mit dem Ziel zusammenwirken, direkt oder indirekt auf den gesundheitlichen Zustand dieses Patienten Einfluss zu nehmen [prEN ISO 13940].

ANMERKUNG 2 Klinische Prozesse sind Prozesse der Gesundheitsversorgung, bei denen Zielperson und Akteure der Gesundheitsversorgung zusammenwirken und die alle Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung umfassen, die sich mit einem oder mehreren Gesundheitsproblem(en) befassen [prEN ISO 13940].

ANMERKUNG 3 Ein klinischer Prozess umfasst alle Arten von Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung, hauptsächlich diejenigen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe erbracht werden, aber auch Tätigkeiten der Selbstpflege, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe verordnet oder empfohlen werden.

ANMERKUNG 4 Die vorrangige Eingabe und das Ergebnis eines klinischen Prozesses ist der gesundheitliche Zustand eines Patienten.

Qualitätsmerkmal

inhärentes Merkmal eines Produkts, Prozesses oder Systems, das sich auf eine Anforderung bezieht [EN ISO 9000:2005, 3.5.2]

ANMERKUNG 1 Ein Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung ist ein inhärentes Merkmal einer Dienstleistung, eines Prozesses oder Systems in Bezug auf eine Qualitätsanforderung [EN 13940-1:2007].

ANMERKUNG 2 Während der Produktrealisierung in der Gesundheitsversorgung werden die Qualitätsmerkmale in Bezug auf die Qualitätsanforderungen, die in 7.2 angegeben sind, ermittelt.

ANMERKUNG 3 Zu weiteren Ausführungen siehe B.3.3.

Qualitätspolitik

übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, formell ausgedrückt durch die oberste Leitung [EN ISO 9000:2005, 3.2.4]

Qualitätsziel

etwas bezüglich Qualität Angestrebtes oder zu Erreichendes [EN ISO 9000:2005, 3.2.5]

ANMERKUNG 1 In der Gesundheitsversorgung sind Qualitätsziele auf die Qualitätsmerkmale in der Gesundheitsversorgung bezogen.

ANMERKUNG 2 Berufsverbände und andere autorisierte Organisationen erarbeiten und bestimmen Indikatoren, die zur Bewertung der Gesundheitsdienstleistungen oder Tätigkeiten in der Gesundheitsversorgung benutzt werden können. Auf diese Weise vorbestimmte und messbare Parameter können überwacht werden, um die Eignung und Wirksamkeit von Prozessen in der Organisation zu bewerten.

Risiko

Kombination aus der Wahrscheinlichkeit eines Zwischenfalls und seiner Konsequenzen
[ISO Guide 73:2009]

ANMERKUNG 1 Der Begriff „Risiko“ wird allgemein nur benutzt, wenn zumindest die Möglichkeit negativer Konsequenzen besteht.

ANMERKUNG 2 „Klinisches Risiko“ ist ein Risiko, das negative Auswirkungen auf die Ergebnisse in Bezug auf eine Qualitätsanforderung in der Gesundheitsversorgung haben könnte. Die Risikofaktoren können nichtklinischer Art sein, das Risiko ist jedoch ein klinisches, wenn es eine negative Auswirkung auf die Qualitätsmerkmale hat.

Risikobewertung

Gesamtprozess der Risikoanalyse und Risikoabschätzung [ISO Guide 73:2009]

Risikomanagement

koordinierte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation in Bezug auf das Risiko
[ISO Guide 73:2009, 16.4]

ANMERKUNG Das Risikomanagement schließt im Allgemeinen die Risikobewertung, Risikobehandlung, Risikoübernahme und die Risikokommunikation ein.

unerwünschtes Ereignis

Situation oder Ereignis, das bei einem Patienten einen Schaden hervorgerufen hat

Verfahren

festgelegte Art und Weise, eine Tätigkeit oder einen Prozess auszuführen [EN ISO 9000:2005, 3.4.5]

1 Qualitätsmanagementsystem

Qualitätsmanagementsystem

Unternehmenskonzept

Innovation und Management in der Pflege (Unternehmensphilosophie)

1 Das Unternehmen

Wir sind ein modernes soziales Dienstleitungsunternehmen im Gesundheitswesen. Unser geschultes Personal betreut Patienten im Bereich der

- ambulanten Intensivpflege für Erwachsene,
- ambulanten Kinderkrankenpflege/Intensivpflege,
- ambulanten häuslichen Pflege.

Unsere Standorte sind Ort X und Ort Y mit Verwaltungszentrale und der Niederlassung. Die Bereiche teilen sich in Nord und Süd auf.

Unsere Mitarbeiter/innen (diese bilden vor Ort einzelne Pflegeteams) betreuen die Patienten bis zu 24 Stunden täglich im häuslichen Umfeld. Ganzheitliche Pflege, teamorientiertes Arbeiten, Kommunikation und Zusammenarbeit in den Bereichen sind Grundlage für eine sehr gute Versorgung unserer Kunden.

Die Arbeitszeit beträgt nicht mehr als zehn Stunden. Anwesenheit über zwölf Stunden enthält zwei Stunden Ruhezeit.

Die ständige Erreichbarkeit wird über die Telefonweiterleitung der angegebenen Festnetznummern kontinuierlich aufrechterhalten. Die Fachbereichsleitungen und Bereichsleitungen führen einen Rufdienstplan, aus dem die Vertretung und der Rufdienst für z. B. Urlaubs- und Wochenendvertretung nachvollziehbar geregelt sind.

Zu unseren Pflegeteams gehören:

- examinierte Fachkrankenschwestern/-pfleger in der Anästhesie- und Intensivpflege,
- examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, mit/ohne Zusatzqualifikation,
- examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, mit/ohne Zusatzqualifikation,
- examinierte Altenpfleger/innen, mit Zusatzqualifikation,
- Pflegehilfskräfte NUR IM HÄUSLICHEN AMBULANTEN DIENST.

Das Profil der jeweiligen Pflegeteams ist gekennzeichnet durch:

- hohe fachliche Kompetenz,
- hohe soziale Kompetenz,
- Vertrauenswürdigkeit und Verschwiegenheit,
- Team- und Kritikfähigkeit,
- Einfühlungsvermögen.

Fort- und Weiterbildungsangebote:

Die Fachkompetenz unserer Pflegeteams fördern wir durch Weiterbildungsmaßnahmen und Schulungen, wie z. B.:

- in der Heimbeatmung nach der S2-Leitlinie,
- in der Atmungstherapie,
- in der Praxisanleitung,
- im Hygienemanagement,

- im Qualitätsmanagement,
- in Arbeitssicherheit,
- im Erste-Hilfe-/Notfallmanagement.

Notfallschulungen werden im Rahmen der Team-/Fachbesprechungen in den einzelnen Teams durchgeführt. Die Erste-Hilfe-Notfallschulung wird jährlich angeboten. Der prospektive jährliche Fortbildungsplan weist die Termine aus. Die Validierung der Inhalte und Dauer der Schulungen erfolgt aus den Inhaltsnachweis der Dozenten und der Teilnahmelisten.

2 Das Dienstleistungsangebot

- Überleitung von Gesundheitseinrichtungen in den häuslichen Bereich,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten (Fachärzte) und Therapeuten,
- invasive/nicht invasive Beatmung (u. a. Tracheostomapflege, Kanülenwechsel etc.),
- ganzheitliche Pflege orientiert am Pflegekonzept nach *M. Krohwinkel*,
- parenterale und enterale Ernährung,
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI),
- Beratungseinsätze nach § 37.3 SGB XI,
- Unterstützung der Familie in ihrer Pflegekompetenz,
- Unterstützung bei Fragen zu Krankenkassenleistungen und bei Behördengängen.

3 Das Qualitätsmanagementsystem

Im April 2007 haben wir damit begonnen, ein QM-System entsprechend der Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2000 im Unternehmen aufzubauen. Hierbei orientiert sich die außerklinische Intensivpflege/ambulante Pflege MUSTERBETRIEB an den u. g. Qualitätsmanagementgrundsätzen (siehe Abb. 2):

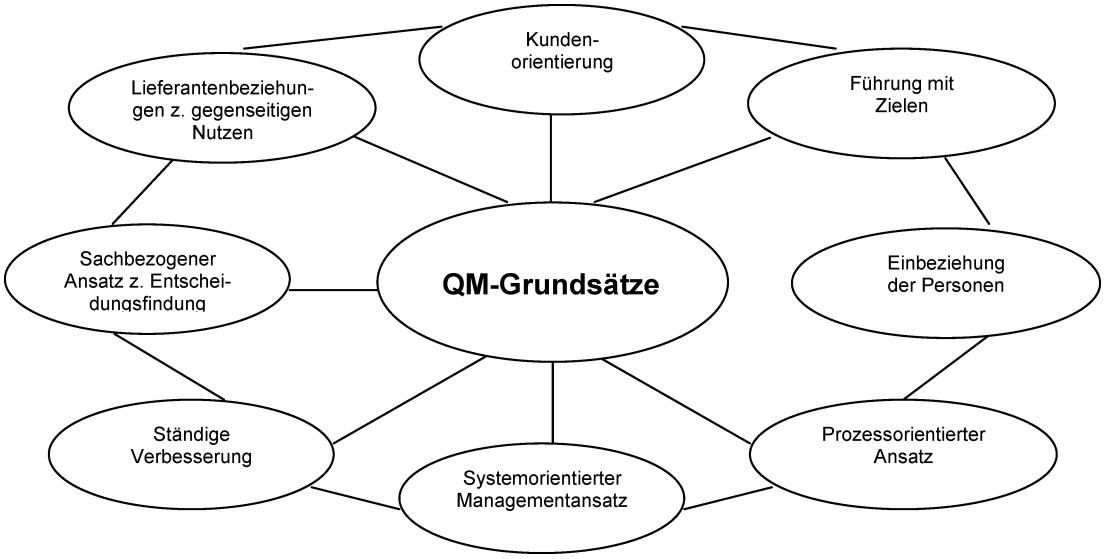

Abb. 2: Die acht Qualitätsmanagementgrundsätze

Für die Intensivpflege/ambulante Pflege MUSTERBETRIEB gelten dabei, dass die Erfordernisse und Erwartungen der Kunden und der anderen interessierten Parteien (u. a. Mitarbeiter, Lieferanten, Kooperationspartner) eine herausragende Rolle spielen. Von ebenso wichtiger Bedeutung

sind das Erzielen von Wettbewerbsvorteilen durch Innovationen und Marktbeobachtung, d. h. die Bedürfnisse der Kunden zu erkennen (Bedarfsermittlung der Kunden, z. B. persönliche Gespräche), zu analysieren und nach einer Planungsphase entsprechend mit einem aktuellen Leistungsangebot darauf zu reagieren. Das Erhalten und Verbessern aller organisatorischen Leistungen und Fähigkeiten auf hohem Qualitätsniveau im Dienstleistungsunternehmen MUSTERBETRIEB ist unser gemeinsames Ziel.

3.1 Das Prozessmodell (siehe QM-H 4.1.)

Im gesamten Unternehmen gliedern sich die Prozesse mit ihren Wechselwirkungen in:

- Führungsprozesse: Sie dienen der Lenkung und Steuerung des gesamten Unternehmens.
- Kernprozesse: Diese werden gestaltet von den Pflegeleistungen, die erbracht werden, und dienen der Wertschöpfung des Unternehmens.
- Unterstützungsprozesse: Sie sichern den reibungslosen Ablauf der Führungs- und Kernprozesse innerhalb des Unternehmens.

3.2 Die Qualitätspolitik

„INNOVATION und MANAGEMENT in der Pflege“ bedeutet für uns:

- Planung und Schaffung patientenorientierter Ansätze,
- Mitwirkung an interdisziplinärem Expertenaustausch (Ärzte, Apotheker, Therapeuten etc.) zur Unterstützung einer individuellen Patientenversorgung (z. B. „Fallbesprechung“ bei der Versorgung eines gemeinsamen Patienten),
- Weiterentwicklung des QM-Systems durch gemeinsame Qualitätsoffensive, besonders im Bereich der Kundenorientierung,
- kontinuierliche Organisations- und Personalentwicklung:
  - bedarfsorientierter Aufbau von Einrichtungen für Patienten mit Beatmung,
  - Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeiter/innen, je nach ihren Kernaufgaben (z. B. Hygienebeauftragte/r, MPG-Beauftragte/r, Beatmungspflege etc.),
- Schaffung von Transparenz durch klare Schnittstellenregelung, Verfahrensanweisungen,
- Überprüfung der Prozesse mithilfe von Kennzahlen, (z. B. Kundenzufriedenheit, Beschwerdemanagement etc.), Benennung von Prozessverantwortlichen.

3.3 Die Qualitätsziele sind

- mit den vorhandenen Ressourcen effizient umgehen und wirtschaftlich arbeiten,
- eine ganzheitliche Betreuung zur hohen Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen dauerhaft verbessern,
- eine enge Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und der Leitung durch regelmäßigen internen Austausch pflegen,
- Organisations- und Personalentwicklung kontinuierlich ausbauen,
- ein lösungsorientiertes Beschwerdemanagement implementieren.

Änderungen der Qualitätsziele werden in der jährlichen QM-Planung berücksichtigt.

Qualität und Verantwortung sind für uns tragende Säulen im Unternehmenskonzept und werden in einer zukunftsorientierten Unternehmensstrategie ständig weiterentwickelt.

3.4 Kundenorientierung

Unsere Kunden sind u. a. schwerstpflegedürftige Menschen, die wegen neurologischen Erkrankungen, Hirnverletzungen oder Wachkoma zu Hause u. a. maschinell beatmet und rund um die Uhr professionell betreut werden. Die ambulante Pflege versorgt hilfsbedürftige Menschen, die alleine zu Hause ihren Alltag nicht mehr bewältigen können und auf Unterstützung angewiesen sind.

Die Kundenanforderungen und -wünsche werden bereits bei der ersten Kontaktaufnahme und im Erstgespräch durch die GF bzw. FBL mit dem Betroffenen bzw. mit den Angehörigen eingehend persönlich besprochen und protokolliert. Die Erstpflegevisite innerhalb vier Wochen nach Aufnahme des Kunden sowie Besuche innerhalb der ersten vier Wochen müssen von der FBL bzw. einer Intensivpflegefachkraft durchgeführt werden.

Die individuelle Versorgung des Patienten wird nach Klärung finanzieller Angelegenheiten u. a. mit den Krankenkassen termingerecht geplant (Besichtigung der Wohnverhältnisse, Bereitstellung eines qualifizierten Pflegeteams) und vertraglich festgelegt, bevor der Patient nach Hause entlassen bzw. bevor die Betreuung im häuslichen Bereich aufgenommen wird (ambulante Pflege). Neben den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (Zulieferer, Hausarzt, Therapeuten etc.) erhalten selbstverständlich die Pflegekräfte genaue Informationen über die voraussichtliche Pflegesituation im häuslichen Bereich.

Für weitere Fragen von Angehörigen stehen die BL als Ansprechpartner (im Rahmen eines telefonischen Bereitschaftsdienstes) immer bereit. Die Pflegemitarbeiter vor Ort berücksichtigen individuelle Wünsche und Anregungen des Patienten und gestalten den Pflegealltag mit ihnen gemeinsam, d. h. jeder lernt vom anderen: Die Angehörigen gewinnen Sicherheit im Umgang mit dem kranken Menschen und lernen, mit der neuen Situation umzugehen, das Pflegeteam orientiert sich am Umfeld des Patienten und fördert das allgemeine Wohlbefinden. Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, Sozialdienste, interessierte Ärzte sowie die Kostenträger haben die Möglichkeit, sich ausführlich über die außerklinische Intensivpflege/ambulante Pflege MUSTERBETRIEB zu informieren:

- durch persönliche Kontaktaufnahme und Terminvereinbarungen mit der GF, FBL, BL,
- persönliche Vorstellung des Unternehmens mittels Power-Point-Präsentationen,
- Veröffentlichungen des Dienstleistungsangebots in Fachzeitschriften und Presse,
- jährliche Vorstellung des Unternehmens am „Tag der offenen Tür“ oder andere öffentliche Veranstaltung, z. B. Altenpflegemessen, externe Qualitätszirkel, Arbeitskreis Intensivpflege usw.

3.5 Überprüfung und Planung des QM-Systems

Das QM-System wird jährlich von der GF auf seine Wirksamkeit im Rahmen einer Managementbewertung überprüft, z. B.:

- ob die o. g. Qualitätsziele erreicht wurden,
- ob und wo Verbesserungen möglich sind,
- ob Maßnahmen eingeleitet wurden, wenn Schwachstellen entdeckt wurden, um angebotene oder zukünftige Dienstleistungen zu verbessern,
- ob die Kundenzufriedenheit weiter verbessert werden kann,
- welche Qualitätsziele für das künftige Geschäftsjahr aktualisiert werden müssen.

Das Ergebnis dieser Überprüfung liefert die Grundlage für die Planung von Verbesserungen oder Veränderungen des QM-Systems.

4 Rahmenbedingungen für den Aufbau des QM-Systems

4.1 Räumliche Ressourcen

Die bestehenden Büroräume im Stammsitz beinhalten weiterhin die Verwaltungszentrale auch für den Bereich Bamberg. Die Personal- und Finanzverwaltung arbeiten in hellen, modern ausgestatteten Räumen mit EDV-, Telefon- und Kopieranlage. Alle Büros sind nach arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten eingerichtet.

Die Führungskräfte im Stammsitz verfügen über vernetzte Arbeitsplätze und modern ausgestattete Räume nach arbeitsmedizinischen Kriterien.

Neben einem komfortablen Konferenz- und Schulungsraum haben die Mitarbeiter der Niederlassungen jederzeit die Möglichkeit, die funktionell recht gut ausgestattete Küche zu benutzen.

Seit Jahr X verfügt MUSTERBETRIEB über einen modern ausgestatteten Schulungsraum.

4.2 Materielle Ressourcen

Soweit erforderlich, werden den Führungskräften Dienstfahrzeuge zur Verfügung gestellt. Bei Benutzung eigener Pkw erhalten die Mitarbeiter einen finanziellen Ausgleich. Jedes Pflegeteam verfügt über ein Handy, um mit den verantwortlichen Pflegekräften dienstliche Rücksprache zu führen.

4.3 Personelle Ressourcen

Das Unternehmen beschäftigt ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte in Vollzeit, Teilzeit oder auf der Basis von geringfügiger Beschäftigung. Im ambulanten häuslichen Bereich werden auch Pflegehilfskräfte eingesetzt. Meist haben die Pflegekräfte mehrjährige Erfahrung in den unterschiedlichen Pflegebereichen. Derzeit sind ca. 300 Mitarbeiter im gesamten Unternehmen beschäftigt.

4.3.1 Aufbauorganisation

Die zentrale Verantwortung für das Dienstleistungsunternehmen MUSTERBETRIEB hat die Geschäftsführung, Herr Mustermann. Jeder Patient im häuslichen Bereich wird von einem Pflegeteam betreut (Bezugspflege), das von einer qualifizierten Teambeauftragten (TB) geführt wird. Regelmäßige Teamgespräche finden unter der Leitung der TB und/oder BL statt.

Die Teams bzw. die Teambeauftragten werden begleitet von den jeweiligen Bereichsleitungen (BL), denen mehrere Teams gleichzeitig unterstellt sind. Im Übrigen sind regelmäßige Besprechungen innerhalb des Unternehmens in der Kommunikationsstruktur festgelegt (siehe Kommunikationsstruktur, QM-H 5.5.3.)

Die Aufbauorganisation des Unternehmens ist im Organigramm abgebildet (siehe Organigramm, QM-H 5.5.1.), worin die Position der QMB benannt ist. Die Verwaltung mit dem gesamten Betriebswesen gewährleisten die reibungslosen Abläufe in der Pflege mit der Umsetzung ihrer Unterstützungsprozesse.

4.3.2 Personalentwicklung

Die Auswahl neuer Pflegemitarbeiter orientiert sich u. a. an dem vom Unternehmen festgelegten Anforderungsprofil der Pflegekräfte, das in den jeweiligen ausführlichen Stellenbeschreibungen dokumentiert ist. Im ambulanten Pflegedienst, bei dem Pflegehilfskräfte beschäftigt werden können, werden diese nachweislich nach SGB V § 37 Befähigungsnachweis und die Grundpflege nachweislich bei den Pflegevisiten überwacht.

Bei ggf. Mangel an Erfahrung in der außerklinischen Intensivpflege werden unterschiedliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Sinne einer gezielten Personalentwicklung angeboten und gefördert. Die Auswahl der Bildungsstätten erfolgt nach bestimmten Kriterien, wie z. B. anhand von Referenzen des Bildungsträgers und der Überprüfung der Wirksamkeit der Schulungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der täglichen Pflegearbeit der Mitarbeiter etc. (Wirtschaftlichkeit). Im ersten Halbjahr X startete die betriebsinterne qualifizierte Weiterbildungsmaßnahme Projekt Y. Selbstverständlich können die Beschäftigten noch bestimmte Zusatzqualifikationen erwerben, wenn diese betrieblich erforderlich sind. Die Teilnahme an internen, gesetzlich vorgeschriebenen Schulungsmaßnahmen ist i. d. R. für Pflegekräfte verbindlich.

Die Qualität der Pflege ist abhängig von der Kompetenz und der Professionalität der Pflegemitarbeiter.

Deshalb führt die FBL und BL neben den aktuellen Mitarbeitergesprächen in regelmäßigen Abständen Mitarbeiterbeurteilungen durch, die vom Ansatz her als „Leistungs- und Potenzialförderung“ der Mitarbeiter anzusehen sind. In Zielvereinbarungen werden die erkannten Stärken gefördert, im Hinblick auf die festgestellten Schwächen werden gemeinsam Verbesserungspotenziale realistisch benannt. Die jährliche Durchführung der o. g. „Leistungs- und Potenzialförderung“ durch die GF und FBL ist auch für die ambulante Pflege geregelt.

4.3.3 Das Beauftragtenwesen

Das Beauftragtenwesen in den verschiedenen Bereichen basiert grundsätzlich auf gesetzlichen bzw. berufsgenossenschaftlichen Forderungen, die jedes Unternehmen zu erfüllen hat. Zum Beauftragtenwesen von MUSTERBETRIEB gehören:

- die Datenschutzbeauftragte,
- der MPG-Beauftragte (Medizinproduktegesetz) und dessen unterstellte Gerätebeauftragte,
- der Hygieneberater,
- die QM-Beauftragten,
- die Arbeitssicherheitsbeauftragte.

Außer den QM-Beauftragten haben alle genannten Personen die besonderen Aufgaben eines Beauftragten neben ihrer eigentlichen Tätigkeit in der Verwaltung oder der Pflege zu erfüllen.

Für die Tätigkeit als Beauftragte sind sie, je nach Arbeitsaufwand, von ihren üblichen Arbeitsaufgaben freigestellt. Dies ist in einer zusätzlichen Stellenbeschreibung, die jeder Beauftragte erhält, eindeutig geregelt. Im Bereich der Hygiene und Arbeitssicherheit sind externe Fachberater beauftragt.

Im Wesentlichen überwachen sie im Sinne der gesetzlichen Richtlinien die Arbeitsabläufe im Unternehmen und protokollieren ihre Prüfergebnisse. Außerdem sind die Beauftragten verpflichtet, sich über ggf. gesetzliche Änderungen zu informieren und der GF oder dem QMB umgehend mitzuteilen.

5 Kundenbezogene Prozesse

Wer die Anforderungen und Erwartungen seiner Kunden erfüllen möchte, muss zunächst sicherstellen, dass er diese auch wirklich kennt. Es handelt sich hierbei um Forderungen durch Kunden, Gesetzgeber, Kostenträger und Behörden, aber auch um das eigene Unternehmen.

5.1 Ermittlung der Kundenanforderungen

Zunächst ergeht eine Anfrage an das Unternehmen MUSTERBETRIEB, ob eine Patientenaufnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt grundsätzlich möglich ist. Erfolgt eine unverbindliche Zusage vonseiten des Auftragnehmers, so setzt sich dieser mit der entlassenden Einrichtung kurzfristig in Verbindung. In der ambulanten Pflege erfolgt die Kontaktaufnahme meist durch den behandelnden Hausarzt des pflegebedürftigen Menschen oder über dessen Angehörige, von deren Anfrage das weitere Vorgehen abhängig ist.

Im Intensivpflegebereich vereinbart die FBL nach Kontaktaufnahme mit der Klinik einen Besuchstermin, um ein persönliches Kennenlernen des Patienten zu ermöglichen. Gleichzeitig werden Gespräche mit dem Sozialdienst, den Ärzten und dem Pflegepersonal geführt. Vorrangige Besprechungspunkte sind u. a. der Entlassungstermin, der Umfang der häuslichen Versorgung (je nach Vereinbarung mit dem Kostenträger bezüglich des Kostenvoranschlags durch die GF) (siehe Protokoll „Patientenaufnahme, QM-F 7.2.1.).

Steht bis zu diesem Zeitpunkt einer Übernahme in die häusliche Pflege nichts entgegen, stellt die FBL bzw. BL den Kontakt zu den verantwortlichen Angehörigen her und vereinbart ein Erstgespräch. Dabei ist es wichtig, dass die Wohnverhältnisse besichtigt werden, um vor der Entlassung des Patienten z. B. die Aufstellung der Medizingeräte in sinnvoller Anordnung planen zu können. Sind die Voraussetzungen mit den Angehörigen abgeklärt, erhält der Hausarzt die entsprechende Information, wer ggf. die notwendigen ärztlichen Verordnungen für die häusliche Krankenpflege vorbereitet.

Es wird ein geeignetes Team benannt, das nach gründlicher Einarbeitung durch die BL oder autorisierte Person im häuslichen Umfeld eine professionelle Pflege gewährleistet. Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung ist grundsätzlich möglich, wenn dies der Kostenträger als notwendig erachtet.

5.2 Vertragsprüfung

Gleichzeitig überprüft die GF innerhalb der Organisation, ob die Erwartungen des Betroffenen/der Angehörigen von der außerklinischen Intensivpflege/ambulante Pflege MUSTERBETRIEB erfüllt werden können.

5.3 Beschaffung von Hilfsmitteln, Medikamenten, Verordnungen, internen Verbrauchsgütern und Pflegeartikeln

Die Beschaffung notwendiger Materialien spielt in der häuslichen Pflege für den Dienstleistungserbringer eher eine untergeordnete Rolle, da i. d. R. die Lieferanten von Medizintechnik und Hilfsmittel von den Kostenträgern beauftragt werden, Medizingeräte und Zubehör (Beatmungssysteme, Trachealkanülen etc.) in der Wohnung des Patienten bereitzustellen. Die Lieferanten regeln dann eigenständig die Kostenabwicklung der Hilfsmittel mit den Krankenkassen. Im Bedarfsfalle führen die Firmen auch Produkt-/Ernährungsberatung durch, sodass der Patient – wenn nötig – auch in diesem Bereich vom Zulieferer ausreichend versorgt werden kann.

Die Bestellungen der Hilfsmittel übernehmen häufig die Angehörigen selbst. Ist dies nicht der Fall, so sind die Teambeauftragten (oder die PDL in der amb. Pflege) für das Bestellwesen der Hilfsmittel beratend und unterstützend tätig. Die Bestelllisten und die Lieferscheine werden von ihnen kontrolliert, gegengezeichnet und in einem Ordner „Bestelllisten/Lieferscheine“ abgelegt. Lieferungen, deren Kosten vom MUSTERBETRIEB getragen werden (z. B. Handschuhe, Schutzkittel, Desinfektionsmittel), müssen nach Kontrolle und Gegenzeichnung in das Büro des Stammsitzes zur Rechnungskontrolle und Aufbewahrung geschickt werden.

Neben der Versorgung mit Medikamenten verordnet der Hausarzt auch therapeutische Maßnahmen (z. B. KG, Ergotherapie, Logopädie), und zwar dann, wenn durch die Maßnahme voraussichtlich eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist. Der eventuelle Bedarf wird meist in gemeinsamer Absprache mit dem Hausarzt und dem betreuenden Pflegeteam/BL in der ambulanten Pflege besprochen.

Büromaterial und Pflegemittel wie Händedesinfektionslösung und Einmal-Handschuhe für die Pflege werden vom Hauptbüro Ort X nach Bedarf bestellt.

Es werden Monatslisten geführt, in denen die jeweilige Entnahme mit Datum und Unterschrift bestätigt wird. Anhand der monatlichen Verbrauchslisten wird der durchschnittliche Bedarf ermittelt, wodurch insgesamt das Bestellwesen transparenter wird und gleichzeitig die Lagerhaltung auf ein Mindestmaß beschränkt werden kann.

Die Beschaffung, Eingangskontrolle und die Ausgabe z. B. von Handys, EDV-Zubehör etc. (ggf. auch Dienstfahrzeuge/Leasing), liegt ebenfalls im Verantwortungsbereich der Verwaltung. Die Produkte werden gelistet, und der Empfänger bestätigt den Erhalt mit Datum und Unterschrift. Die jeweiligen Aufzeichnungen über diese Vorgänge werden in den entsprechenden Ordnern abgelegt.

6 Erbringung von Pflegeleistungen

6.1 Das Pflegeleitbild (siehe Pflegekonzept QM-H 7.5.1.)

Zunächst wurde ein Pflegeleitbild formuliert, das mit wenigen Worten unsere gemeinsamen Pflegeziele beschreibt (siehe Abb. 3).

PFLEGELEITBILD

Wir nehmen die individuellen Bedürfnisse des Menschen wahr und fördern seine körperlichen, geistigen und seelischen Fähigkeiten.

Abb. 3: Beispiel eines Pflegeleitbilds

6.2 Das Pflegekonzept (siehe Pflegekonzept QM-H 7.5.1.)

Unser Pflegekonzept basiert auf dem Pflegeprozessmodell von *M. Krohwinkel*, den sog. AEDL (Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens).

6.2.1 Ziel des Pflegekonzepts

Das Pflegekonzept stellt sowohl für die pflegebedürftigen Patienten und ihre Angehörigen wie auch für die Mitarbeiter von MUSTERBETRIEB eine wichtige Orientierungshilfe dar. Die darin formulierten Ziele und organisatorischen Abläufe gelten als Maßstab für die Qualität unserer Leistungen.

Das Pflegekonzept orientiert sich an

- den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Gewohnheiten des kranken Menschen,
- den sozialen Bezugspersonen (Angehörige, Freunde, Bekannte),
- den Pflege- und Betreuungspersonen,
- der Ist-Situation im häuslichen Umfeld,
- den gesetzlichen Bestimmungen (u. a. SGB V und SGB XI, PQsG).

6.2.2 Der Pflegeprozess

Der gesamte Pflegeprozess umfasst die Sammlung, Analyse und Darstellung notwendiger Informationen über die Situation des zu pflegenden Menschen, aus denen ein individueller Pflegeplan erstellt, umgesetzt und nach seiner Durchführung ausgewertet wird.

Da sich der Mensch bis an sein Lebensende in seinen Lebensaktivitäten weiterentwickelt und verändert, ist auch der Pflegeprozess, der sich an den Lebensaktivitäten des Menschen orientiert, niemals abgeschlossen.

Die Pflege eines Menschen wird als Prozess gesehen, der in verschiedenen Schritten abläuft. Die einzelnen Schritte werden in Einschätzungs-, Planungs-, Durchführungs- und Bewertungsschritte gegliedert, mit denen die Pflegeperson den Prozess gezielt beeinflussen kann. Die Planungs- und Handlungsschritte sind auf ein Ziel ausgerichtet und enthalten im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt in Form von Beurteilung und Neuanpassung bzw. Verbesserung.

6.2.3 Die Pflegedokumentation (siehe 5.3.: Durchführung der Pflege)

Die Pflegedokumentation ist eines der wichtigsten Nachweisdokumente im Hinblick auf die Gestaltung und den Verlauf des Pflegeprozesses. Eine Pflegedokumentation muss bei allen Patienten gewissenhaft geführt werden. Diese Aufzeichnungen können jederzeit von den Berechtigten eingesehen werden. Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, besonders des Pflegequalitätssicherungsgesetzes nach SGB XI, wird die Pflege und Betreuung lückenlos dokumentiert. Ohne eine aussagekräftige Dokumentation ist ein kontinuierlicher Verlauf des Pflegeprozesses nicht nachvollziehbar. Die Informationen, die in der Dokumentation enthalten sind, sind Grundlage für die Dienstübergabe und für den weiteren Pflegeverlauf.

Die Dokumentation dient als Durchführungsnachweis von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen und hat Urkundencharakter. Grundsätzlich dokumentiert jeder Mitarbeiter seine Handlungen und Beobachtungen unmittelbar vor Ort. Die Dokumentation unterliegt dem Datenschutz und wird grundsätzlich für Dritte unzugänglich aufbewahrt. Im häuslichen Bereich verbleibt die Dokumentation meist beim Patienten, die Sicherstellung des Datenschutzes wird mit den Berechtigten gemeinsam festgelegt (bis zu drei Monate).

Die Aufzeichnungen werden mit Namen des Patienten, Wohnort, Geburtsdatum sowie mit laufenden Blattnummern/Jahr eindeutig gekennzeichnet, um die Rückverfolgbarkeit zu garantieren. Die jeweiligen Eintragungen werden mit Datum und Unterschrift bzw. Handzeichen bestätigt. Die Originalformulare werden zusammen mit den übrigen Patientenunterlagen in der Verwaltung unzugänglich aufbewahrt.

6.3 Durchführung der Pflege

Zur professionellen Durchführung der Pflege sind alle Verfahrensanweisungen (VA) richtungsweisend, die gemeinsam in Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen entsprechend den Bedürfnissen der außerklinischen Intensivpflege/ambulanten Pflege MUSTERBETRIEB erarbeitet wurden, und müssen weiterhin verbessert werden (siehe „Verfahrensanweisungen“ QM-H 7.5.1.).

Die Verfahrensanweisungen sind inhaltlich gegliedert in

- allgemeine Pflege,
- Behandlungspflege,
- Grundpflege,
- spezielle Pflege,
- sonstige Pflege.

Ebenso sind pflegerelevante Verfahrensanweisungen aus dem Bereich des Beauftragtenwesens für alle Pflegemitarbeiter verbindlich.

Entsprechend den gültigen Vorgaben (VA) wird die jeweilige Durchführung protokolliert. Hierfür liegen Nachweisformulare bereit, die an die VA angepasst sind.

Den Pflegeteams steht vor Ort jeweils ein QM-Bereichshandbuch für ihre tägliche Arbeit zur Verfügung. Der Umgang mit dem QM-Bereichshandbuch ist jedem Mitarbeiter bekannt.

Die Pflegedokumentation bildet die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses ab. Sie beinhaltet

- das Stammblatt mit Angabe von personenbezogenen Daten,
- die Biografie des Patienten,
- die Pflegeanamnese,
- das Risikomanagement
- die Pflegeplanung mit der Formulierung der
  - Ressourcen und Probleme,
  - geplanten Durchführungsmaßnahmen,
  - der Überprüfung der Pflegeergebnisse (Evaluation),
- den Durchführungsnachweis,
- den Pflegeverlaufsbericht,
- den Tagesablaufplan,
- den Überwachungsbogen.

Seit Jahr X fügt sich der neu erstellte Überwachungsbogen in die Pflegedokumentation ein. Da die Durchführung der Pflege „aus ganzheitlicher Sicht“ zu betrachten ist, beschränken sich die Aufgaben der Pflege nicht nur auf rein pflegerische Tätigkeiten, sondern beinhaltet auch die professionelle soziale Betreuung. Um z. B. eine kompetente Einschätzung des aktuellen Ernährungszustands vornehmen zu können, ist eine regelmäßige Gewichtskontrolle Voraussetzung.

Die Einschätzung der Mobilität bzw. des Gefährdungspotenzials erfolgt z. B. anhand der Braden-Skala und der Sturzrisikoskala. Bei erkennbarer Gefährdung wird die Bereitstellung geeigneter Hilfsmittel veranlasst. Die soziale Betreuung ist wesentlicher Bestandteil bei der Pflege schwerstkranker Menschen. Zusammen mit den im häuslichen Umfeld lebenden Angehörigen werden alle aktuellen Möglichkeiten einer wertschätzenden integrativen Versorgung erörtert und zielgerichtet umgesetzt.

Ein Konzept speziell für Demenzkranke wurde erstellt und aufgenommen. Dieses Konzept greift bei gesicherter ärztlicher Diagnose.

Im Rahmen einer regelmäßigen Pflegevisite (siehe hierzu Punkt 6.3.) vor Ort wird der gesamte Pflegeprozess und damit auch alle Durchführungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft. Hierbei werden zusammen mit der anwesenden Pflegekraft und ggf. mit den Angehörigen Zielvereinbarungen formuliert, die zu einer Verbesserung einer aktivierenden, fördernden Pflege führen sollen.

6.4 Überwachung der Medizingeräte und Hilfsmittel

Eine ausführliche Beschreibung hierzu liefert das MPG-Konzept im QM-H 6.4. mit den entsprechenden Verweisen auf die mitgeltenden VA (siehe QM-H 6.4), Nachweisprotokolle und Checklisten (siehe QM-F 6.4). Die täglichen Gerätechecks werden bei Schichtübernahme anhand von Checklisten von jeder Pflegekraft mit Datum und HZ bestätigt.

Die Überwachung und Prüfung der Messmittel erfolgt anhand der Dokumentation (QM-F 7.5.2 Messmittelprüfliste). Geräteüberprüfungen erfolgen durch den Zulieferer und nach Herstellerangaben.

6.5 Umgang mit Patienteneigentum/Verhalten im häuslichen Bereich

Der Umgang mit Patienteneigentum/Haftung ist in einer Verfahrensanweisung festgelegt (siehe VA „Umgang mit Eigentum des Patienten“, QM-H 7.5.4.). Das Verhalten der Pflegekräfte im häuslichen Umfeld des Patienten ist ausführlich beschrieben im QM-H 6.2.1. „Einarbeitungskonzept“ (siehe dort).

6.6 Das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG, SGB XI)

Im PQsG sind die Anforderungen der Pflegequalität eindeutig festgelegt. Die Überprüfung der Einhaltung des PQsG und der seit 2009 bestehenden Qualitätsprüfrichtlinien obliegt dem MDK.

Das PQsG formuliert Mindeststandards, die eingehalten werden müssen. Die außerklinische Intensivpflege/ambulante Pflege MUSTERBETRIEB geht im Rahmen des KVP (kontinuierlicher Verbesserungsprozess) über diese Mindestanforderungen hinaus mit dem Ziel, die Pflegeabläufe ständig zu verbessern und mithilfe einer realistischen Qualitätsplanung kontinuierlich weiterzuentwickeln.

7 Überprüfung der Ergebnisse der Leistungserbringung und Verbesserung

Qualitätsmanagement hat zum Ziel, Qualität aktiv zu beeinflussen, zu lenken und zu beherrschen. Dies ist nur dann möglich, wenn die Qualität auch messbar gemacht wird. Denn ob man Qualität auch tatsächlich erzielt hat, halten oder verbessern kann, lässt sich nur feststellen, wenn man die erreichte Qualität (z. B. mit statistischen Methoden, Kennzahlen) misst und mit den gestellten Anforderungen bzw. mit formulierten Zielen vergleicht.

7.1 Kundenzufriedenheit

Die Ermittlung der Kundenzufriedenheit erfolgt durch persönliche Gespräche der Geschäftsführung und dessen Beauftragte. Nebenher gibt es vielfältige, aber auch Anlässe zu Gesprächen mit Patienten oder Angehörigen (z. B. bei Pflegevisiten und Kundenbesuche), die als Gelegenheit genutzt werden, um sich nach deren Zufriedenheit bzw. Wünschen zu erkundigen. Diese Gesprächsinhalte werden i. d. R. schriftlich dokumentiert und im Rahmen der Ermittlung der Kundenzufriedenheit bewertet. Als weitere Informationsquellen zur Kundenzufriedenheit gehören die dokumentierten Kundenbeschwerden, die in Beschwerdeprotokollen und Gesprächsnotizen erfasst werden. Der Umgang mit Beschwerden wird in einem Konzept (siehe QM-H 8.3.) ausführlich beschrieben; zusätzlich regelt eine VA „Umgang mit Beschwerden“ (siehe QM-H 8.3.) die korrekte Vorgehensweise.

7.2 Internes Audit (siehe VA „Durchführung eines internen Audits“, QM-H 8.2.2.)

Das interne Audit (= betriebsinterne Überprüfung) erfasst den tatsächlichen Ist-Zustand des Unternehmens und vergleicht diesen mit dem gewünschten Soll-Zustand.

Interne Audits sind notwendig, um die Wirksamkeit einzelner Tätigkeiten und des gesamten QM-Systems bei MUSTERBETRIEB sicherzustellen. Die Durchführung eines internen Audits findet

einmal jährlich durch den QMB statt, der vorab mit den zu auditierenden Bereichen gemeinsam einen Termin festlegt. Danach wird vom QMB ein Auditplan erstellt und mindestens zwei Wochen vor Durchführung des Audits an die GF weitergeleitet. Ein Auditfragebogen bietet die Grundlage für die Erfassung der aktuellen Aufbau- und Ablauforganisation. Die Prüfung der Pflegequalität der häuslichen (Intensiv-)Pflege findet vor Ort statt, wobei neben der patientenbezogenen Begutachtung und der Befragung der Angehörigen/MA die Pflegedokumentation ein wesentlicher Bestandteil der Prüfung ist.

Der Auditbericht mit den Ergebnissen der Prüfung wird der GF vorgelegt, die diese Ergebnisse im Rahmen der Managementbewertung analysiert.

7.3 Prüfung der Pflegequalität

Die Überprüfung des Pflegeprozesses erfolgt täglich mit der Dokumentation der Verlaufsbeobachtungen am Patienten entweder im Pflegebericht oder in zusätzlichen Beschreibungen in den entsprechenden Nachweisformularen (z. B. Wunddokumentation etc.). Die in der Pflegeplanung benannten Pflegeziele und die zur Zielerreichung festgelegten Durchführungsmaßnahmen werden vom Pflegeteam u. a. in Teambesprechungen regelmäßig evaluiert und ggf. aktualisiert.

Die Teambeauftragte überprüft mindestens einmal monatlich die Pflegedokumentation. Das Ergebnis wird im Übergabebuch dokumentiert und ggf. im Team besprochen.

Mindestens einmal ¼-jährlich führt jede BL bei den ihr zugeordneten Patienten, bei Besonderheiten zusammen mit der verantwortlichen Pflegefachkraft, eine angemeldete Pflegevisite (siehe VA „Durchführung einer Pflegevisite“, QM-H 8.2.4.) durch.

Neben der Durchführung aller Pflegemaßnahmen am Patienten durch die Pflegekraft prüft die BL auch die Arbeitsumgebung einschließlich der Medizinprodukte, der Medikamente und Pflegehilfsmittel sowie die Einhaltung von Hygienevorschriften bzw. Hygienestandards.

Die BL dokumentiert ihre Ergebnisse in einem ausführlichen Pflegevisiten-Protokoll (siehe „Pflegevisiten-Protokoll“, QM-F 8.2.4.) und legt gemeinsam mit den Beteiligten Zielvereinbarungen fest. Die Umsetzung der benannten Ziele wird nach ca. zwei Wochen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit überprüft und im o. g. Protokoll festgehalten. Nach Abschluss der Pflegevisite wird das Original des Protokolls zur Archivierung abgelegt.

7.4 Umgang mit Fehlern/Mängeln

Werden während des Pflegeprozessverlaufs plötzlich unerwartete Anzeichen einer Verschlechterung des Gesamtzustands des Patienten beobachtet, so sind diese nicht sofort auf mangelnde Pflege zurückzuführen. Vielmehr kann es hierfür vielfältige medizinische Gründe (z. B. infauste ärztl. Prognosen) geben.

Werden aber z. B. prophylaktische Maßnahmen bei potenzieller Gefährdung (z. B. Dekubitusgefährdung) nicht durchgeführt, so kann ein Pflegemangel auftreten, auf den sofort reagiert werden muss. Das Ereignis wird gleichzeitig mit Datum, Uhrzeit und HZ der Pflegekraft aussagefähig dokumentiert. Grundsätzlich werden bei aufgetretenen Pflegefehlern der Teambeauftragte/BL und der behandelnde Arzt informiert. Diese entscheiden nach Begutachtung des aufgetretenen Pflegefehlers – ggf. in Anwesenheit des Angehörigen – über das weitere Vorgehen bezügl. der Pflegemaßnahmen und der medizinischen Versorgung und veranlassen alle notwendigen Schritte und Verbesserungsmaßnahmen.

Die Mitarbeiter führen einen engmaschigen kontinuierlichen Pflegeverlaufsbericht und ggf. zusätzliche Nachweisdokumente (z. B. Wunddokumentation), in dem die Pflegefortschritte nachvollziehbar beschrieben werden. Wenn Funktionsstörungen an Medizinprodukten aufgrund

von Bedienungsfehlern oder aus technischen Gründen auftreten, müssen die Sofortmaßnahmen, QM-H 6.4 VA „Umgang mit Medizinprodukten“, eingeleitet werden.

7.5 Analyse der Ergebnisse (Datenanalyse)

Die Analyse von Ergebnissen beschränkt sich nicht nur auf die statistische Auswertung von Daten und Kennzahlen (z. B. Häufigkeit von Beschwerden bei Fehlverhalten eines MA im Haushalt eines Patienten), viele Ergebnisse liefern auch Grundlagen für eine Bedarfsanalyse (z. B. Personalbedarfsplanung).

Beide Methoden werden im Unternehmen angewendet z. B.

- als Planungsinstrument
  - zur Unterstützung von Entscheidungen,
  - zur Prozesslenkung,
  - zur Ermittlung der Kundenbedürfnisse,
  - als Basis für Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen,
  - Kosten-/Nutzenanalyse etc.

Die Entscheidungen der GF beruhen im Wesentlichen auf nachvollziehbaren Daten, welche sich aus der Datenanalyse bzw. aus der Analyse von Kennzahlen ergeben. Ergebnisse und Informationen werden gesammelt und einmal jährlich statistisch ausgewertet.

7.6 Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen (siehe VA „Vorbeugungsmaßnahmen“, QM-H 8.5.3 und VA „Korrekturmaßnahmen“, QM-H 8.5.4.)

Mithilfe einer Ursachenanalyse (siehe Konzept „Beschwerdemanagement“, QM-H 8.3.) wird ermittelt, wie es zu diesem Fehler kam.

Wenn die Fehlerursachen bekannt sind, werden entsprechende Maßnahmen mit Zielformulierung schriftlich festgelegt und umgesetzt. Ein voraussichtlicher Zeitrahmen für die Zielerreichung wird konkret benannt. Nach dieser Zeit werden die Maßnahmen von den Leitungskräften auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Überprüfung des Ergebnisses wird in der Dokumentation schriftlich festgehalten.

Um zukünftig Fehler zu vermeiden, ist es sinnvoll, Vorbeugemaßnahmen in Form von Verfahrensanweisungen generell festzulegen. Aktuell liegen für die außerklinische Intensivpflege/ambulante Pflege MUSTERBETRIEB folgende Verfahrensanweisungen QM-H 7.5.1. für prophylaktische Maßnahmen vor:

- Aspirationsprophylaxe,
- Soor-/Parotitisprophylaxe,
- Thromboseprophylaxe,
- Obstipationsprophylaxe,
- Dekubitusprophylaxe (Quelle: Expertenstandard, DNQP),
- Kontrakturenprophylaxe,
- Intertrigoprophylaxe,
- Sturzprophylaxe (Quelle: Expertenstandard, DNQP),
- chronische Wunden (Quelle: Expertenstandard, DNQP).

Um ein Gefährdungspotenzial schon im Vorfeld einschätzen zu können, werden entsprechende Erhebungen mittels geeigneter Assessments (z. B. Risikomanagement) bei jedem gefährdeten Patienten unmittelbar nach Neuaufnahme durchgeführt und der Pflegedokumentation beigelegt.